



Universidad Nacional de La Plata
Facultad Ciencias Médicas
Departamento Graduados
Carrera Postgrado en Psiquiatría y Psicología Médica

Relación entre depresión e hipertensión arterial

Hospital Rodolfo Rossi

Luguercho, Cora Cecilia

La Plata, 2007

AUTORIDADES**Decano**

Prof. Dr. Jorge Guillermo MARTINEZ

Vicedecano

Prof. Dr. Enrique PÉREZ ALBIZÚ

SECRETARÍAS**Secretaria de Asuntos Académicos**

Prof. Dra. Ana Lía ERRECALDE

Secretario de Asuntos Estudiantiles

Dr. Guillermo PRAT

Secretario de Extensión Universitaria

Prof. Dr. Jorge Oscar FOLINO

Secretario Docente Asistencial

Prof. Dr. Fernando CURCIO

Secretario de Supervisión Administrativa

Sr. Alfredo Ricardo GILES

Secretaria Administrativa

Sra. Norma FORTUNATO de CARRADORI

Prosecretario de Ciencia y Técnica

Dr. Gustavo Juan RINALDI

Director del Departamento de Postgrado

Prof. Dr. Eduardo Luis RODRÍGUEZ

Director del Hospital Universitario Integrado (H.U.I.)**Asesor de Gestión**

Dr. Felipe CAMPOAMOR

Director de la Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud

Prof. Dr. Alberto Mario FONTANA

CONSEJEROS SUPERIORES**Claustro Profesores**

Titular: Barragán, Horacio Luis

Suplente: Campostrini, Blanca Mónica

Claustro Graduados

Titular: Semper, Raúl Alfredo

Suplente: Corsiglia, Daniel César

Auxiliares Docentes

Titular: Barros Schelotto, Hugo Pablo

Suplente: Vaccaro, Silvia

Claustro Estudiantil

Titular: Berdesegar, Ramiro

Suplente: Maciel, Pablo

CONSEJEROS ACADÉMICOS**Claustro Profesores Titulares y Suplentes****Mayoría**

Martínez, Jorge Guillermo
Raimondi, Jorge Clemente
Fontana, Alberto Mario (Licencia)
Lupi, Gabriel Horacio
Etchegoyen, Graciela Susana
Carrera, José Luis

Suplentes

Rodríguez, Jorge Raúl
Simonetto, Raúl Carlos
González, Pedro Horacio
Ferre, Héctor Antonio
Bartoli, Jorge Daniel
Saldungaray, Irma Esther

Claustro Graduados**Titular**

Cobos, Marisa Margarita
Terrier, Francisco José

Suplentes

Costi, David
Salas, Margarita Ana

Claustro Estudiantil

En Proceso Electoral

Minoría

Hijano, Julio César
Gómez, Liliana Rosa
Acuña, Leopoldo Enrique
Agosti, María Rosa
Onlenchuk, Basilio Alejandro
Gouffier, Victor Bernardo

Suplentes

Moiso, Adriana
Primerano, Vicente Roque
Dalto, Santiago Roberto
Covello, Daniel Alfredo

Agradecimientos

*Al Dr. Suárez Richards por brindarme sus consejos y entusiasmo
y al Dr. Busi por su paciencia.*

Índice

	Pág.
• Resumen. Palabras claves	6
• 1. Introducción	7
• 2. Definición de problema	10
• 3. Marco teórico	11
• 4. Objetivos	13
• 5. Tipo de investigación	14
• 6. Selección de la muestra	15
• 7. Material y método: 7.1 Material	17
7.2 Método	17
• 8. Análisis de los datos	19
• 9. Resultados	20
• 10. Limitaciones del estudio	24
• 11. Conclusiones	25
• Bibliografía	26
• Anexos	28
• Escala M.I.N.I.	29
• Escala Hamilton D	32
• Consentimiento informado	34

Resumen

Se estudiaron pacientes internados en Servicio de Cardiología del Hospital Rodolfo Rossi, con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Se les realizó entrevista MINI y Hamilton D con el propósito de realizar el diagnóstico y la intensidad de la Depresión.

Se encontró que el 20 % de los pacientes hipertensos cumplían criterios diagnósticos de depresión, concordando con trabajos internacionales realizados sobre el tema.

Tener en cuenta la comorbilidad de Depresión con Hipertensión arterial, ayudaría a brindar abordaje integral de ambas patologías al paciente, mejorando el tratamiento y posterior pronóstico.

Palabras Claves

Depresión, hipertensión arterial, desorden del humor, enfermedad cardiovascular

Tesis

Relación entre depresión e hipertensión arterial

1. Introducción

Es sabido que existe relación entre las enfermedades físicas y psíquicas. El ser humano involucra toda la corporalidad, y en él hay una comunicación bidireccional entre el cerebro y los sistemas corporales que se produce a través de mecanismos neuroendocrinos. Los cuadros de la medicina general pueden disparar una depresión a través de una respuesta psicológica, en especial si la enfermedad es discapacitante, o potencialmente fatal, de allí que alrededor de dos tercios de los cuadros depresivos en las salas de medicina general son el resultado directo de la enfermedad física o de sus tratamientos (1).

En las enfermedades cardiovasculares los efectos de los factores psicosociales y conductuales (en la enfermedad cardiovascular) han motivado una considerable atención y han sido un objetivo primario de la investigación en los últimos veinte años. El papel de los estados afectivos sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular están teniendo gran interés. Dos tipos de mecanismos han sido sugeridos para relacionar depresión con mortalidad, por un lado el conductual (dificultades del paciente deprimido para cumplir el tratamiento y modificar factores de riesgo) y por otro lado factores fisiopatológicos asociados con la depresión (alteraciones del equilibrio simpático-parasimpático) (1).

La prevalencia global de depresión en el paciente con patología médica se ha estimado en alrededor del 20%, con un 3-7 % en la comunidad y entre el 18 y el 60

% en pacientes graves hospitalizados por enfermedad cardiovascular, en función de los distintos estudios. La variabilidad de estas estimaciones puede ser debida al hecho de que síntomas como fatiga y humor disfórico, que con frecuencia son considerados como sinónimos de depresión, están también presentes en pacientes con enfermedades médicas(1).

Dentro de las enfermedades o causas cardiovasculares se puede mencionar a la hipertensión arterial, que generalmente es una patología crónica caracterizada por una persistente presión arterial alta con valores de tensión arterial sistólica mayores a 140 mm Hg y tensión arterial diastólica mayores a 90 mm Hg(2).

La hipertensión arterial puede ser un síntoma de un desorden subyacente o comenzar siendo una enfermedad por sí misma. Los Estudios epidemiológicos sostienen que afecta del 10 al 15% de la población, aumentando el riesgo de padecerla con el aumento de la edad (3).

Desde el año 1898 datan estudios en donde ya se había observado la asociación entre depresión e hipertensión (Craig 1898) (3), reportando que la hipertensión arterial (HTA) aumentaba durante los episodios de depresión y retornaba a sus valores con la remisión de los síntomas depresivos. Estos hallazgos fueron investigados en estudios posteriores (Bruce & Alexander, 1901; Alexander, 1902; Guiridham, 1950; Altschule, 1950)(3).

La asociación entre el estado emocional y la HTA es pobremente entendido, aunque sí está bien determinado que un aumento de la presión arterial es un responsable fisiológico para un distres emocional agudo.

Numerosos estudios han examinado que los disturbios emocionales pueden conducir a un incremento de la Tensión Arterial, entre ellos se destacan la ira, la ansiedad, el estrés y el tipo de personalidad (Wheatley, Balter, & Levine, 1975;

Hamburg et al. 1973; Cochrane,1973; Davies,1971; Robinson & Wood, 1968) (3), pero sin embargo la depresión no ha sido foco de estudio, salvo como un efecto adverso de las drogas antihipertensivas.

Si bien la HTA ha sido asociada con distintos factores psicológicos, incluyendo a la depresión, la incidencia entre HTA y síntomas depresivos no ha sido adecuadamente examinada. (4) (Cardia, 2000). Otros estudios que muestran la asociación de depresión con HTA relatan que han sido reportados un rango de síntomas depresivos que van del 15 al 62%(5).

La depresión es más prevalente en sujetos con HTA y los pacientes con enfermedad cardiovascular pueden presentar síntomas depresivos, por lo que se ha apreciado que un gran porcentaje de pacientes adultos que tienen depresión también presentaban una enfermedad vascular (6) (Alexopoulos1997).

2. Definición de problema

La Depresión en los pacientes Hipertensos

H1: Los pacientes hipertensos tienen mayor riesgo de padecer depresión

H0: Los pacientes hipertensos no tienen mayor riesgo de padecer depresión

3. Marco Teórico

Los trastornos del estado del ánimo son una patología frecuente en la población en general, pero no existen datos que informen en la Argentina su frecuencia en los pacientes hospitalizados por una patología médica.

Los estudios a nivel mundial donde se investiguen los trastornos del estado de ánimo en pacientes hospitalizados también son escasos, no habiéndose realizado algunos de ellos según los criterios del DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), o con metodología científica (3). Existe una pobre estimación de la importancia del estudio de las enfermedades psíquicas en esta población lo que podría colaborar para el tratamiento y posterior evolución.

En un trabajo sobre la incidencia de HTA asociado con Depresión realizado en Baltimore, se demostró que los individuos con Depresión Mayor, tenían significativamente mayor riesgo de padecer HTA (7) y se ha verificado que los mayores niveles de depresión generaban un riesgo mayor para el desarrollo de una hipertensión en la edad adulta (4).

Se ha observado que los pacientes depresivos hospitalizados por una causa cardiovascular tenían niveles medios de Tensión Arterial mayores, comparados con pacientes no depresivos hospitalizados (8). Pero por otro lado la enfermedad cardiovascular y especialmente la HTA han sido propuestos como factores de riesgo para desarrollar una Depresión en personas adultas (9).

Los pacientes con manía tendrían mayor hiperactividad, excitación e insomnio, lo que generaría un aumento de la presión arterial. El estudio llevado a cabo en este sentido mostró que existe relación entre los desórdenes afectivos y el aumento de la mortalidad cardiovascular (10).

Para la elaboración del marco teórico se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos Medline (Pubmed), utilizando palabras claves (hypertension, depression, mood disorders, cardiovascular disorders, blood pressure) incluyendo artículos publicados en distintos idiomas desde el año 1980 hasta 2006 .

4. Objetivos

- Objetivo: Determinar si la HTA constituye un factor de riesgo para Depresión en los pacientes estudiados con HTA.

En caso de confirmarse esta hipótesis, determinar si alguna otra característica de los pacientes (edad, ocupación, sexo, años de evolución, dieta,) influye en la asociación estadística entre hipertensión arterial y depresión.

5. Tipo de investigación

Es un estudio de tipo descriptivo y transversal

6. Selección de la muestra

El trabajo se realizó con pacientes internados en el Servicio de Cardiología del Hospital Dr. Rodolfo Rossi de La Plata, que reunían criterios para HTA, según The Seventh Report of High Blood Pressure (2), habiéndose realizado durante un período de tiempo de seis meses, desde el 1/05/05 hasta el 31/10/05.

Se recogieron los siguientes datos para la muestra:

- Nombre y Apellido
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Lugar de Residencia
- Ocupación
- Estado Civil
- Escolaridad
- Fecha de diagnóstico de la enfermedad
- Si el paciente se encontraba medicado y controlado
- Tipo de tratamiento que realizaba
- Comorbilidades

6.1 Criterios de inclusión:

- Ser paciente del Servicio de Cardiología
- Mayor de 18 años
- Cumplir con el diagnóstico de HTA
- Aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado y por escrito

6.2 Criterios de exclusión:

- Retraso Mental
- Trastorno Mental Orgánico
- Demencias
- Epilepsia
- Trastornos Neurológicos

7. Material y método

7.1 Material

Se investigaron las Historias Clínicas de 240 pacientes que estuvieron internados durante los seis meses del estudio (desde mayo 2005 hasta octubre 2005) y se seleccionaron aquellas en donde constaba el diagnóstico de HTA como motivo central de la internación en el Servicio de Cardiología. El diagnóstico fue realizado por los médicos cardiólogos del Servicio a través del manómetro de mercurio, para esto se tomaron en cuenta los valores de tensión arterial mayores de 140/90 mm. Hg (2) o la prescripción de medicación antihipertensiva (11). Luego se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. El total de internados hallados con HTA fue de 40 pacientes, del total de pacientes seleccionados 9 fueron mujeres y 26 varones; se excluyeron 5 pacientes.

7.2 Método

Se realizó la recolección de los datos filiatorios de los pacientes hipertensos y se les realizó una entrevista estructurada con el M.I.N.I 5.0.0 DSM IV (Mini Internacional Neuropsychiatric Schedule validada al español por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gubert) (12) para determinar el diagnóstico de depresión. El MINI es una entrevista diagnóstica estructurada (de breve duración) que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando el MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad

aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 +- 11,6 minutos, con una media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados, además puede ser utilizada por los clínicos tras una breve sesión de entrenamiento (12).

Asimismo se utilizó la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) de 17 Ítems (13). La escala consta de 17 ítems, que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo (14). Conjuntamente se prescribió el corte para severidad de depresión de esta escala de Hamilton, tomando como referencia los ítems 1 (humor deprimido), 2 (sentimiento de culpa), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales) de la versión de 17 ítems (Bech et al, 1981) (15), ésta escala también se encuentra validada al español(13).

Cada uno de los pacientes debió firmar un consentimiento informado, antes del comienzo del estudio (ver Anexo).

8. Análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS versión 11.5. Dependiendo del tipo de variables involucradas (cualitativas o cuantitativas, dependientes o independientes) se han utilizado los siguientes métodos estadísticos: ANOVA de un factor, chi-cuadrado de Pearson y correlación bivariada de Pearson. En todos los casos se tomó como significativa a una $p < 0,05$.

9. Resultados

Del total de la muestra analizada (n=35), 26 pacientes (74%) fueron varones y 9 (26%) fueron mujeres (ver grafico1). La edad media total fue de 64,1 años. Para las mujeres la media de edad fue de 68,78 años y para los varones de 62,54 años. Se realizó el diagnóstico de depresión en el 20% de los pacientes (n= 7), (MINI módulo A y B), de los cuales 5 fueron varones y 2 mujeres . Se hallaron otros diagnósticos psiquiátricos al evaluar al grupo de estudio con el MINI, obteniéndose un 20 % para el episodio maníaco e hipomaníaco (n= 7) (MINI módulo D), 5,7% (n=2) para abuso y dependencia de alcohol (MINI módulo J) , un 2,9% (n= 1) para trastorno de angustia (MINI Módulo E), (2,9%) (n= 1) con depresión y manía (MINI módulo A y D) y 8,6% (n = 3) para trastornos de ansiedad generalizada (MINI módulo O). (Ver tabla 1). Del total de pacientes hallados con diagnóstico de HTA (n = 40) cinco de ellos fueron excluidos (12.5%) por no reunir los criterios de inclusión o reunir criterios de exclusión.

No se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre las diferentes características de los sujetos analizados y el diagnóstico de depresión. Para ello se utilizó ANOVA de un factor (edad [$p=0,93$] y años transcurridos desde el diagnóstico de HTA [$p=0,55$]), chi-cuadrado de Pearson (sexo [$p=0,85$], lugar de residencia [$p=0,09$], ocupación [$p=0,17$], estado civil [$p=0,78$], nivel de estudios formales alcanzado [$p=0,82$], tratamiento concurrente con psicofármacos [$p=0,36$], tratamiento con drogas que no sean psicofármacos [$p=0,12$], tratamiento con enalapril [$p=0,61$], diltiazem [$p=0,61$], furosemida [$p=0,55$], atenolol [$p=0,55$], amlodipina [$p=0,61$], losartan [$p=0,27$], realización de actividad física regular [$p=0,11$], dieta hiposódica regular [$p=0,53$], existencia de comorbilidad no psiquiátrica [$p=0,53$],

consumo de tabaco [$p=1$], coexistencia de manía [$p=0,67$], ansiedad [$p=0,36$], angustia [$p=0,61$], consumo de alcohol [$p=0,47$]). (ver tabla 2)

Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre todos los factores mencionados en el párrafo anterior y los puntajes de Hamilton y del Hamilton para el corte de severidad ($p>0,05$). Se encontraron valores de la media de la escala Hamilton de 30,43 y para Hamilton corte de severidad valores de la media de 9,86 (ver Gráfico 2)

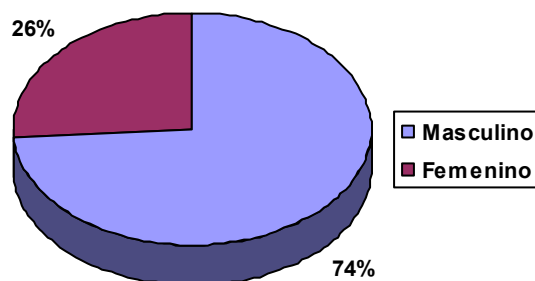


Gráfico 1. Porcentaje pacientes por sexo

Porcentaje	Diagnóstico
20%	Depresión
20%	Manía
8,6%	Trastorno de Ansiedad generalizada
5,7%	Trastornos por Alcohol
2,9%	Trastorno de Angustia
2,9%	Depresión + manía

Tabla 1. Porcentajes diagnósticos según DSM IV

Variable	P	Variable	p
Edad	0,93	Tratamiento enalapril	0,61
Años diag. HTA	0,55	Tratamiento diltiazem	0,61
Sexo	0,85	Tratamiento furosemida	0,55
Lugar residencia	0,09	Tratamiento atenolol	0,55
Ocupación	0,17	Tratamiento amlodipina	0,61
Estado civil	0,78	Tratamiento losartan	0,27
Nivel Estudios	0,82	Actividad física	0,11
Tratamiento con psicofármacos	0,36	Dieta hiposódica	0,53
Tratamiento con otras	0,12	Comorb no	0,53

drogas psicofármacos	no		psiquiátrica	
Consumo de tabaco	1		Coexistencia Trast angustia	0,61
Coexistencia manía	0,67		Consumo de alcohol	0,47
Coexistencia ansiedad	0,36			

Tabla 2. Valores estadísticos de p comparados con Depresión

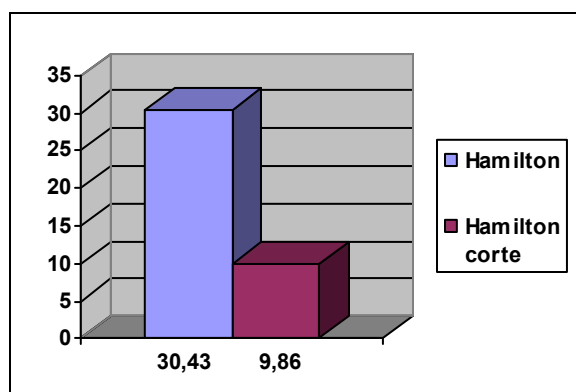


Gráfico 2. Media de los valores de Hamilton D y Hamilton D corte

10. Limitaciones del estudio

Como crítica, podemos decir que los resultados de este estudio necesitarían prolongarse en el tiempo, ampliar el número de pacientes estudiados y realizar la comparación con un grupo control.

11. Conclusiones

En diferentes trabajos se ha demostrado que los pacientes hipertensos con sintomatología depresiva presentan menor adhesión al tratamiento de su enfermedad de base, asociándose con estilos de vida no saludables (18), lo que permitiría decir que existe un “link “ o relación entre los Trastornos del Humor y la enfermedad cardiovascular (9).

En éste trabajo se encontró que un 20% de los pacientes estudiados padecía depresión, lo que representa un porcentaje similar al encontrado en la bibliografía sobre el tema, donde se publican tasas que van del 22 % al 33 % entre pacientes que sufren de enfermedades físicas o médicas (16) (Suárez Richards) y tasas del 15 % al 62 % en pacientes hipertensos (5). Si se toma en cuenta la manía mas depresión vemos que un 40% de los pacientes padecían trastornos del humor, condicionando esto su evolución, el tratamiento y el eventual pronóstico en este tipo de pacientes.

Las personas afectadas de hipertensión tienen un riesgo mayor de padecer depresión, de acuerdo a los hallazgos observados en esta experiencia, confirmando la H1.

Debería tenerse en cuenta esta comorbilidad ya que ello brindaría un abordaje integral en ambas patologías, otorgando al paciente un mejor estilo de vida, una mayor adherencia al tratamiento y consecuencia de ello un mejor control de su enfermedad de base.(17)

Se necesitan aún más estudios para determinar los factores causales comunes en la relación y etiología de los dos desórdenes aquí estudiados (4).

Bibliografía

- (1) Arroyo M, Salva Coll J, Trastornos Depresivos en Cardiología, Roca Bennasar M, Arroyo M, en Trastornos Depresivos en Patologías Médicas, Barcelona,1996, Ed. Masson, S.A.pág 17-29
- (2) Aram V. Chobanian, MD; George L. Bakris,MD, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Jama*, 2003, 289: 2561
- (3) Stevens D, Merikangas K, Merikangas J, Comorbidity of Depression and other Medical Conditions, Beckham E, Leber W, Handbook of depression, New York 1995, Ed. The Guilford Press, pág.147-199
- (4) Davidson K, Jonas BS, et al. Do Depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the Cardia study? Coronary Artery risk development in young adults. *Arch Intern Med*, 2000, 160(10): 1495-500
- (5) Rabkyn J., Charles E., Hypertension and DSM III Depression in Psychiatric Outpatients. *Am J Psychiatry*, 1983, 140: 1072-1074.
- (6) Alexopoulos G, Meyers B, Young R, et al. Vascular Depression hipótesis. *Arch Gen Psychiat* 1998, 54: 915-922.
- (7) Meyer C, Armenian H, et al. Incident hypertension associated with depression in the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *J Affect Disorders*, 2004, 83: 127-133.
- (8) Lederborg F, Gernoth C, Hamann B, et al. Circadian Blood pressure regulation in hospitalized depressed patients and non depressed comparison subjects. *Blood Pressure Monitoring*, 2003, 8:71-76
- (9) Adamis D, Ball C, Psysical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. *In. J Geriat Psychiatry*, 2000, 15: 248-253.
- (10) Yates W and Wallace R. Cardiovascular risk factors in affective disorder. *J Affect Disorders*, 1987, 12: 129-134.
- (11) Jonas B. S.,Franks P., Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension?. *Arch Fam Med*, 1997, 6: 43-49.

- (12) Ferrando L, Bobes J, Gibert J. Cap 1: Instrumentos de detección y orientación diagnóstica en Bobes Garcia J, Portilla M, et al. en Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica , III Edición 2004, Ars Médica, pág.1-4.
- (13) Ferrando L, Bobes J, Gibert J. Cap 5: Instrumentos de evaluación en Trastornos del Humor en Bobes Garcia J, Portilla M, et al. en Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica , III Edición 2004, Ars Médica, pág 53-54
- (14) Hamilton M, A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*, 1960, 23: 56-62.
- (15) Bech P, Allerp P y cols. The Hamilton Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1981, 63: 290-299.
- (16) Suárez Richards M, Trastornos del Humor en Suárez Richards: Introducción a la Psiquiatría, Buenos Aires, 2006. Ed. Polemos, pág. 289-323.
- (17) Bonnet F, Irving K et al. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. *Journal of Hypertension*, 2005, 23: 611-617.

Anexos

